

# Att mäta patientsäkerhets- kulturen

Handbok för patientsäkerhetsarbete

  
LANDSTINGET BLEKINGE

 Stockholms läns landsting

  
LANDSTINGET  
SÖRMLAND

 Landstinget  
i Värmland

 LANDSTINGET  
VÄSTMANLAND

 Landstinget  
i Östergötland

 Socialstyrelsen

Att mäta patientsäkerhetskulturen kan beställas från  
Socialstyrelsens beställningsservice, 120 88 Stockholm  
Fax: 08-77 99 66, e-post: [socialstyrelsen@strd.se](mailto:socialstyrelsen@strd.se)  
Webbutik: [www.socialstyrelsen.se/Publicerat](http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat)

Synpunkter på materialet mottages gärna via följande e-postadress:  
[patientsakerhet@socialstyrelsen.se](mailto:patientsakerhet@socialstyrelsen.se)

**Artikelnummer:** 2009-126-12 **ISBN:** 978-91-85999-94-1

**Grafisk form:** Svensk Information **Tryck:** Alfa Print AB, mars 2009

# Förord

Landstingen i Blekinge, Stockholms län, Sörmland, Värmland, Västmanland och Östergötland samt Socialstyrelsen beslutade i februari 2007 att inleda ett samarbetsprojekt i syfte att ta fram en metod för att mäta patientsäkerhetskulturen. Patientsäkerhetskulturen avspeglar sig i ledarnas och medarbetarnas attityder och förhållningssätt till patientsäkerheten och är ett uttryck för kulturen i vårdverksamheten.

Fortlöpande uppföljning av patientsäkerhetskulturens utveckling är en viktig komponent i den egenkontroll som vårdgivaren är skyldig att genomföra regelbundet. (Se vidare i 5 kap. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet.) Den ger värdefull information om organisationens styrkor och svagheter inom patientsäkerhetsarbetet.

Arbetet inleddes med att en litteraturgenomgång av befintliga nationella och internationella enkäter genomfördes.

Följande kriterier sattes upp för val av enkät. Enkäten skulle:

- vara lätt att förstå
- ge möjligheter till jämförelser
- täcka så många frågeområden som möjligt
- inte ta för lång tid att fylla i
- vara validerad och reliabilitetstestad

Expertutlåtande beträffande val av enkät inhämtades från Medical Management Centre, Karolinska Institutet. Valet föll på en amerikansk enkät framtagen av Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) som internationellt går under benämningen Hospital Survey on Patient Safety Culture.

Enkäten översattes från engelska till svenska och tillbaka till engelska varefter begreppsvaliditeten testades på 100 personer i ett av de deltagande landstingen. Tidsåtgång för besvarande av enkäten var 15–20 minuter. Begreppsvaliditeten var god och jämförbar med ursprungsenkätens.

Enkäten är således en validerad översättning av AHRQ-enkäten. Dessutom har det lagts till sju frågor som berör rapportering av risker, samt information och stöd till patient, närstående och personal i samband med negativa händelser.

En pilotstudie genomfördes. Totalt distribuerades 3 100 enkäter till hälso- och sjukvårdspersonal inom öppenvård, dagsjukvård, hemsjukvård och slutenvård. Svarsfrekvensen var 60 %. Med ledning av erfarenheterna från pilotstudien har smärre förändringar gjorts i enkäten.

Ett avtal som gör det möjligt för vårdgivare att anlita ett företag för genomförande av enkäthantering och databearbetning upprättades.

Syftet med denna handbok är att vara ett metodstöd vid mätning av patientsäkerhetskulturen.

Det är vår förhoppning att metoden för mätning av patientsäkerhetskulturen ska bli ett värdefullt verktyg i egenkontrollen av hälso- och sjukvårdens systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

## Projektgrupp

Jessica Lindberg, projektledare, Stockholms läns landsting

Anna-Karin Hjelm, Landstinget Blekinge

Thomas Emilsson, Stockholm läns landsting

Carina Berglund, Stockholm läns landsting

Nils Larsson, Stockholm läns landsting

## Styrgrupp

Marion Lindh, styrgruppsordförande, Stockholms läns landsting

Urban Sjöblom, Landstinget Blekinge

Magna Andreen Sachs, Stockholms läns landsting

Kerstin Vestergren, Landstinget Sörmland

Annette Landbü-Roos, Landstinget i Värmland

Birgit Eriksson, Landstinget Västmanland

Annica Öhrn, Landstinget i Östergötland

Michael Soop, Socialstyrelsen

Över tre tusen medarbetare i ovannämnda landsting har medverkat i utveckling och utvärdering av metoden.

Vi vill rikta ett stort tack till alla dem som deltagit i arbetet med att ta fram en metod för mätning av patientsäkerhetskulturen!

Februari 2009



Jan Svanell, landstingsdirektör  
Landstinget Blekinge



Mona Boström, landstingsdirektör  
Stockholms läns landsting



Lars Andåker, landstingsdirektör  
Landstinget Sörmland



Tore Olsson, landstingsdirektör  
Landstinget i Värmland



Monica Berglund, landstingsdirektör  
Landstinget Västmanland



Barbro Naroskyin, landstingsdirektör  
Landstinget i Östergötland



Lars-Erik Holm, generaldirektör  
Socialstyrelsen

# Innehåll

## INLEDNING

1.1 Syften	4
1.2 Målgrupper	4
1.3 Ordförklaringar	5

## MÄTNING

Mätning av patientsäkerhetskulturen – en del i ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet	6
2.1 Vad säger lagar och föreskrifter?	6
2.1.1 Vårdgivarens ansvar	7
2.1.2 Verksamhetschefens ansvar	7
2.1.3 Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar	7
2.1.4 Vad ledningssystemet ska säkerställa	7

## TILLVÄGAGÅNGSSÄTT

Tillvägagångssätt för att genomföra mätning av patientsäkerhetskulturen	9
3.1 Ansvarsfördelning	9
3.1.1 Uppdragsgivaren	9
3.1.2 Projektledaren	10
3.2 Systematiskt genomförande	10
3.2.1 Initiera enkätundersökning	10
3.2.2 Planera enkätundersökning	10
3.2.3 Skicka ut enkät	13
3.2.4 Samla in enkätsvar	13
3.2.5 Beräkna andelen återsända enkäter	14
3.2.6 Sammanställa enkätsvar till resultat	14
3.2.7 Analysera resultat och skriva rapport	17
3.2.8 Återföra resultat	17
3.2.9 Besluta om åtgärder	18
3.2.10 Uppföljning och utvärdering av åtgärdernas effekter	18

Lästips & Länkar	19
------------------	----

## BILAGOR

Bilaga 1: Flödesschema för enkäthantering	21
Bilaga 2: Enkäten	22
Bilaga 3: Informationsbrev	30
Bilaga 4: Följebrev	31
Bilaga 5: Mall för påminnelsebrev	32
Bilaga 6: Att hantera personuppgifter (PUL)	33
Bilaga 7: Beställning av enkät, handbok samt enkäthantering och databearbetning	37

# 1 Inledning

Patientsäkerhetskulturen kan studeras på olika sätt, bland annat genom observationsstudier, intervjuer, etc. Ett vanligt sätt är att använda en enkätbaserad metod, vilket beskrivs i denna handbok.

## 1.1 SYFTEN

Patientsäkerhetskulturen mäts för att:

- kartlägga styrkor och svagheter i patientsäkerhetskulturen och därmed tydliggöra angelägna förbättringsområden
- öka insikten om förutsättningarna för god patientsäkerhet både hos medarbetare och ledare
- studera förändring i förhållningssätt och attityder som effekt bland annat av genomförda interventioner
- göra jämförelser mellan vårdenheter, olika yrkeskategorier, etc

Resultatet av mätningen utgör ett av flera viktiga underlag för den strategiska verksamhetsplaneringen.

## 1.2 MÅLGRUPPER

Lämpliga målgrupper för enkäten är följande:

- hälso- och sjukvårdspersonal som har direktkontakt med patienter (t ex sjuksköterskor, läkare, undersköterskor, skötare, sjukgymnaster, dietister)
- hälso- och sjukvårdspersonal som inte har direktkontakt med patienter men vars arbete är av betydelse för patientsäkerheten (t ex chefer, vårdutvecklare, laboratoriepersonal, medicintekniker)

### 1.3 ORDFÖRKLARINGAR

I de fall ord och uttryck är definierade på annat håll är källan angiven. Till övriga ord och uttryck lämnar författarna förslag till förklaring.

avvikelse	negativ händelse eller tillbud (SOSFS 2005:12)
avvikelsehantering	rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt för att fastställa och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra erfarenheterna (SOSFS 2005:12)
negativ händelse	händelse som medfört vårdskada (SOSFS 2005:12)
patientsäkerhet	skydd mot vårdskada (SOSFS 2005:12)
patientsäkerhetsarbete	arbete som syftar till att analysera, fastställa och undanröja orsaker till risker, tillbud och negativa händelser (SOSFS 2005:12)
patientsäkerhetskultur	förhållningssätt och attityder, hos individer och grupper inom en vårdenhet, som har betydelse för patientsäkerheten
risk	möjlighet att en negativ händelse ska inträffa (SOSFS 2005:12)
riskhantering	rutiner för att identifiera, analysera, bedöma och åtgärda orsaker eller omständigheter som kan leda till vårdskada samt återföra erfarenheterna (SOSFS 2005:12)
tillbud	händelse som hade kunnat medföra vårdskada (SOSFS 2005:12)
urval	den grupp individer som väljs ut att delta i undersökningen
vårdenhet	organisatorisk vårdenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård. Vårdenhet kan vara t ex vårdcentral, klinik, basenhet, mottagning, vårdavdelning eller motsvarande (modifierat från Socialstyrelsens termbank)
vårdgivare	statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet (privat vårdgivare) (Socialstyrelsens termbank)
vårdskada	lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom, eller död som orsakas av hälso- och sjukvården och som inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd (SOSFS 2005:12)

## Mätning av patientsäkerhetskulturen – en del i ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet

Kulturen i en organisation präglas av de i organisationen rådande värderingarna och normerna. Ett uttryck för kulturen i en vårdverksamhet är ledarnas och medarbetarnas attityder och förhållningssätt till patientsäkerhet. Dessa attityder och förhållningssätt återspeglar säkerhetsklimatet i en verksamhet.

I högriskverksamheter såsom kärnkrafts-, offshore- och flygindustrin har det visat sig att säkerhetsklimatet har stor betydelse för säkerheten. Inom sjukvården internationellt används termen "Patient Safety Culture" – patientsäkerhetskulturen – istället för patientsäkerhetsklimatet, vilket har medfört att vi i Sverige använder båda termerna. Vi har i denna handbok valt att följa mönstret på den internationella arenan och använder därför termen "patientsäkerhetskulturen".

Fortlöpande uppföljning av patientsäkerhetskulturens utveckling är en viktig komponent i den egenkontroll som vårdgivaren är skyldig att genomföra regelbundet (SOSFS 2005:12, 5 kap.) och ger värdefull information om organisationens styrkor och svagheter inom patientsäkerhetsarbetet.

### 2.1 VAD SÄGER LAGAR OCH FÖRESKRIFTER?

Den metod för undersökning av patientsäkerhetskulturen som beskrivs i denna handbok ska ses mot bakgrund av de krav som ställs på en vårdgivares egenkontroll av sin verksamhet. Nedan återges i förkortad form och med vissa förtydliganden valda delar av de krav i lagar och föreskrifter som rör patientsäkerhet. Med hjälp av denna metod kan följsamheten till dessa krav belysas.

Av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och tandvårdslagen (1985:125) framgår att kvaliteten fortlöpande ska utvecklas och säkras. Enligt 28 § hälso- och sjukvårdslagen ska ledningen av hälso- och sjukvård vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet i vården samt främjar kostnadseffektivitet.

Av Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården framgår att vårdgivarna ska inrätta ett



ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet samt att det systematiska kvalitetsarbetet ska syfta till att förebygga vårdskador.

Ansvar för ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet vilar på vårdgivaren och verksamhetschefen.

### **2.1.1 Enligt SOSFS 2005:12 ska vårdgivaren**

- fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen
- ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt med mål, organisation, rutiner, metoder och vårdprocesser som säkerställer kvaliteten
- ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet inom ansvarsområdet är så utformat att vårdprocesserna fungerar verksamhetsöverskridande

### **2.1.2 Enligt SOSFS 2005:12 ska verksamhetschefen**

- inom ramen för vårdgivarens ledningssystem ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten
- ansvara för att övergripande mål för verksamheten formuleras och för att dessa uppnås
- ansvara för uppföljningen och analys av verksamheten, så att åtgärder kan vidtas för att förbättra vården

### **2.1.3 Enligt SOSFS 2005:12 ska hälso- och sjukvårdspersonalen**

- inom ramen för verksamhetens ledningssystem kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att delta i:
  - framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder
  - risk- och avvikelshantering
  - uppföljning av mål och resultat

### **2.1.4 Enligt SOSFS 2005:12 ska ledningssystemet säkerställa**

- att patienten och närstående visas omtanke och respekt och informeras och görs delaktiga i vården
- att samarbetet kring vården av patienten fungerar väl inom och mellan yrkesgrupper och olika verksamheter
- att risker identifieras och åtgärdas samt att det görs en särskild riskbedömning vid väsentliga förändringar av verksamheten
- att avvikelser rapporteras, analyseras och åtgärdas samt att erfarenheterna återförs och används i det förebyggande arbetet

Frågorna i enkäten belyser följsamheten till ovannämnda krav på ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Metoden för mätning av patientsäkerhetskulturen som beskrivs i denna handbok kan därför användas som en av flera metoder för att följa upp i vilken utsträckning mål, som formulerats inom ramen för ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet, har uppnåtts. Till sammans med information som erhållits från andra metoder för patientsäkerhetsarbete, till exempel riskanalys och händelseanalys samt strukturerad journalgransk-

ning, kan resultaten av enkäten ligga till grund för förbättringsarbetet. Annan information inom ramen för ett ledningssystem kan fås genom mätningar av patienttillfredsställelse, uppföljning av vårdresultat och kartläggning av arbetsmiljön.

Fundamentet för det systematiska kvalitets- och säkerhetsarbetet är uppföljning och erfarenhetsåterföring genom regelbunden återkommande egenkontroll (SOSFS 2005:12, 5 kap.). Genom att använda nämnda metoder och informationskällor, analysera resultaten, vidta förbättringsåtgärder och följa upp resultaten av åtgärderna kan kvaliteten och säkerheten ständigt förbättras.

# 3 Tillvägagångssätt

## Tillvägagångssätt för att genomföra mätning av patientsäkerhetskulturen

I detta avsnitt ges förslag på ansvarsfördelning och systematik i genomförandet av mätningen.

### 3.1 ANSVARFÖRDELNING

Uppdragsgivarens och projektledarens roller ska hållas isär och tydliggöras för alla berörda.

#### 3.1.1 Uppdragsgivaren

Uppdragsgivaren är en beslutsfattare i linjeorganisationen, d v s verksamhetschefen, motsvarande befattningshavare eller överordnad chef. Uppdragsgivaren initierar och beslutar om att en enkätundersökning ska göras.

Uppdragsgivarens ansvar är att:

- a) utse projektledare som kan planera och hålla i genomförandet av undersökningen och se till att projektledaren ges tid och resurser inklusive IT-stöd för att kunna utföra uppdraget
- b) besluta om enkätundersökningen ska ske elektroniskt eller via pappersutskick
- c) besluta om enkätbehandlingen och databehandlingen ska upphandlas, avropas från befintligt avtal eller genomföras med stöd av egen intern kompetens
- d) besluta om vilka målgrupper, vårdenheter och personalkategorier som enkäten ska rikta sig till
- e) besluta om eventuellt urval
- f) besluta om när enkäten ska skickas ut och när resultatet ska vara tillgängligt för uppdragsgivaren
- g) informera om att en enkätundersökning ska ske, syftet med undersökningen och hur den kommer att genomföras samt förklara hur de organisatoriska begreppen (t ex sjukhusledning eller motsvarande) i enkäten ska förstås i den aktuella undersökningen
- h) analysera och tolka enkätresultatet

- i) återföra resultatet till berörda verksamheter och ledningsnivåer
- j) initiera och besluta om åtgärder med ledning av enkätundersökningens resultat
- k) följa upp och utvärdera åtgärdernas effekt

### 3.1.2 Projektledaren

Projektledarens ansvar är att:

- l) göra tids- och aktivitetsplanering
- m) kontakta utsedd IT-resursperson, som ska medverka i undersökningen
- n) säkra att kontaktpersoner har utsetts på deltagande vårdenheter (om enkätundersökningen omfattar flera vårdenheter/sjukhus)
- o) leda kontaktpersonernas arbete
- p) planera och genomföra utskick av enkäter
- q) planera och genomföra insamling av enkäter
- r) planera och genomföra databearbetning inför analys och tolkning
- s) skriva rapport

## 3.2 SYSTEMATISKT GENOMFÖRANDE

En enkätundersökning genomförs i följande steg genom att:

1. initiera enkätundersökning
2. planera enkätundersökning
3. skicka ut enkäter
4. samla in enkäter
5. bearbeta enkätsvar
6. sammanställa enkätsvar till resultat
7. analysera resultat och skriva rapport
8. återföra resultat
9. besluta om åtgärder
10. uppföljning och utvärdering av åtgärdernas effekt

### 3.2.1 Initiera enkätundersökning

Initiering av enkätundersökning är uppdragsgivarens ansvar (se punkterna a–g, 3.1.1).

### 3.2.2 Planera enkätundersökning

Planering och genomförande av enkätundersökningen är projektledarens ansvar (se punkterna l–s, 3.1.2). Omfånget och momenten i planeringsfasen är beroende av om enkätundersökningen genomförs pappersbaserat eller elektroniskt. Med pappersbaserad enkät följer ett merarbete vid enkäthanteringen, dataregistreringen, bearbetningen och sammanställningen av resultaten.

#### Tids- och aktivitetsplanering

En enkätundersökning tar uppemot 12–15 veckor att genomföra från det att uppdragsgivaren initierat undersökningen tills dess att rapporten är skriven. Under denna period måste alla steg i genomförandet vara väl inplanerade och tidsatta (se Bilaga 1 och bifogad CD-skiva "Flödesschema för enkäthantering"). Projektledaren bör därför börja arbetet med att ta fram en tids- och aktivitetsplan och förankra den

hos uppdragsgivaren och de eventuella delprojektledare/kontaktpersoner, som är utsedda. Som stöd för detta kan med fördel ett projektplaneringsprogram användas.

Redan tidigt i planeringen bör åtgärder övervägas för att säkerställa en hög svarsfrekvens. Chefens personliga engagemang i detta skede är avgörande för svarsfrekvensen. Ju högre svarsfrekvensen blir desto tillförlitligare är resultatet.

Några tips för att höja svarsfrekvensen är att:

- ge fortlöpande information om undersökningen och dess syfte t ex via elektroniska nyhetsbrev, affischer på anslagstavlor och broschyrer i postfack
- schemalägga tid för besvarande av enkäten
- utse en kontaktperson inom varje vårdenhets som kan besvara frågor och motivera medarbetarna att delta

### **Kontakt med utsedd IT-resursperson och annat kompetensstöd**

Om enkätundersökningen ska ske elektroniskt är det viktigt att etablera kontakt tidigt med den/de personer som kommer att ha ansvaret för den elektroniska hanteringen eller det företag som anlitas för enkäthanteringen och databearbetningen. Vid pappersbaserad enkät behövs kompetensstöd för inmatning och statistisk bearbetning av enkätsvaren.

### **Utse kontaktpersoner**

En eller flera kontaktpersoner bör utses på varje vårdenhets.

Kontaktpersonens uppgift kan vara att:

- informera om syfte och tidplan för enkätundersökningen
- vidta åtgärder för att uppnå så hög svarsfrekvens som möjligt
- hjälpa ansvarig ledningsperson att fingranska personallistor (se avsnitt "*Fingranska personallista*")

### **Information till medarbetarna**

Senast en vecka innan enkäten skickas ut, ska samtliga deltagare i undersökningen ha fått ett informationsbrev. Samma informationsbrev ska som följebrev bifogas enkäten, när den skickas ut.

Informationsbrevet kan innehålla uppgifter om:

- syftet med undersökningen
- vilka enheter och personalkategorier som ska delta i undersökningen
- hur enkätundersökningen ska genomföras
- sista dag för besvarande av enkät
- hur lång tid det tar att besvara enkäten
- att undersökningen är anonym
- hur eventuella koder används (se avsnitt "*Koder och identifikationsnummer*")
- kontaktperson/er för frågor om undersökningen

Brevet undertecknas av uppdragsgivaren och eventuellt projektledaren.

Mallarna för informationsbrev, följebrev och påminnelsebrev som medföljer handboken är förslag på hur sådana brev kan utformas. Uppdragsgivaren och projektledaren bör utveckla texterna så att de blir lämpliga för den egna verksamheten (se CD och Bilagor 3–5).

Det är av stor vikt att uppdragsgivaren själv informerar den eller de vårdenheter som ska ingå i enkätundersökningen om syftet och tidplanen.

### Fingranska personallistan

När målgrupp, vårdenheter och personalkategorier är valda säkerställer projektledaren att de personallistor som ska utgöra grunden för urval av deltagare i enkäten är aktuella. Fingranskningen görs bäst av ansvarig ledningsperson och eventuellt utsedd kontaktperson. Det är inte ovanligt att personallistor omfattar namn på personer som slutat.

Personer som inte har någon närmare kännedom om de frågor som enkäten berör, t ex nyanställda eller personer som av olika anledningar har varit frånvarande från arbetsplatsen under längre tid bör inte delta.

Exempel på personer som inte bör delta:

- personer som är sjukskrivna mer än 50 %
- personer som är tjänstlediga eller föräldralediga
- personer som arbetat mindre än tre månader på den vårdenhet där undersökningen ska genomföras

Var uppmärksam på att det kan förekomma att en och samma individ finns med på flera vårdenheters personallistor.

När elektronisk enkät ska användas måste namnlistan kompletteras med e-postadresser. Pappersbaserad enkät delas ut i deltagarnas personliga postfack på arbetsplatsen.

### Rekommendationer för urval

Uppdragsgivaren beslutar om samtliga individer eller ett urval av individer ska besvara enkäten. Ifall målgruppen för undersökningen är en eller flera enskilda vårdenheter bör samtliga individer delta i undersökningen. Anledningen till detta är att det kan finnas betydande skillnader i patientsäkerhetskulturen mellan olika yrkeskategorier och mellan vårdenheter. Antalet individer i undersökningen kan bli för litet för att påvisa dessa skillnader om ett urval görs. Om ett urval ska göras bör det ske i samråd med statistiker.

### Koder och identifikationsnummer

För att kunna veta vem som inte besvarat enkäten vid första utskicket och därför ska få ett påminnelsebrev och eventuellt en ny enkät kan enkäterna kodas med siffror som ger koppling till personallistorna (personuppgifter).

Så fort som personuppgifter är ordnade och sammanställda så att de enkelt kan sökas ut i ett register eller en databas gäller reglerna i personuppgiftslagen (se Bilaga 6 "Att hantera personuppgifter").

Kodning kan också göras med enbart koppling till vårdenhet. I så fall kan man inte veta vem som besvarat enkäten vid första enkätutskicket utan måste skicka ut

påminnelsebrev och ny enkät till alla en gång till (se Bilaga 1 och bifogad CD-skiva "Flödesschema för enkäthantering").

### 3.2.3 Skicka ut enkät

När följebrevet (se Bilaga 4 och bifogad CD-skiva "Följebrev") är klart och namnlistan är granskad och kompletterad är det dags att dela/skicka ut enkäten (se Bilaga 1 "Flödesschema för enkäthantering").

#### Pappersbaserad enkät

Den tryckta enkäten tillsammans med frankerat svarskuvert och följebrev skickas/delas ut till dem som är utvalda att delta i undersökningen.

Enkäten finns att skriva ut i pappersform på bifogad CD-skiva (se Bilaga 2 "Enkäten").

#### Elektronisk enkät

Före beslut om att enkätundersökningen ska ske elektroniskt säkerställs att denna går att använda i vårdenheternas IT-system. En elektronisk enkät kan läggas upp i egen databas och skickas ut därifrån. Alternativt kan enkätundersökningen genomföras av det undersökningsföretag som det tecknats avtal med (se Bilaga 7 "Beställning av enkät, handbok samt enkäthantering och datasammanställning"). En elektronisk enkätundersökning innebär att enkäten skickas via e-post till de utvalda. Alternativt kan e-postmeddelandet innehålla en länk till enkätformuläret, eller en www-adress, där formuläret kan hämtas.

### 3.2.4 Samla in enkätsvar

#### Pappersbaserad enkät

Ifylld enkät återsänds i frankerat svarskuvert till projektledaren.

#### Elektronisk enkät

Genom att enkäten besvaras elektroniskt lagras svaren direkt i en databas.

#### Påminnelse och nytt enkätutskick

Ungefär två veckor efter första enkätutskicket ska en första påminnelse skickas (se Bilaga 1 "Flödesschema för enkäthantering"). Vid pappersenkät påminns alla. I påminnelsen ska de som redan svarat tackas och de som inte svarat, uppmanas att göra det. Vid elektronisk enkät påminns enbart de som inte svarat. I samband med påminnelsen distribueras även informationsbrevet (se mall till påminnelsebrev på bifogad CD-skiva samt Bilaga 5 "Påminnelsebrev").

Två veckor efter påminnelsen görs ett nytt enkätutskick. Enkäten skickas antingen till alla eller bara till dem som inte svarat (se avsnitt "Koder och identifikationsnummer").

En vecka efter det andra enkätutskicket skickas en andra och sista påminnelse.

#### Att bestämma när undersökningen stängs

Att stänga en undersökning innebär att inga fler svar tas emot. För att få så många svar som möjligt rekommenderas att svar tas emot under minst två veckor efter att sista påminnelsen skickats ut.

### 3.2.5 Beräkna andelen återsända enkäter

Andelen återsända enkäter (procent) beräknas på följande sätt: antal återsända enkäter/antal utskickade enkäter x 100.

### 3.2.6 Sammanställa enkätsvar till resultat

Enkäten består av nio avsnitt (A–I) vilka tillsammans innehåller 75 frågor. En del av frågorna utgör bakgrundsvariabler. Övriga frågor grupperas i 17 frågeområden (se Bilaga 2 "Enkäten").

Innan sammanställning av enkätsvar påbörjas exkluderas enkäter där mindre än hälften av samtliga frågor i enkäten (avsnitt A–H) har besvarats.

#### Beräkning av svarsfrekvens för varje fråga

Svarsfrekvensen (procent) för varje fråga beräknas på följande sätt: antal besvarade frågor/totala antalet utskickade enkäter x 100.

#### Beräkning av värde för varje frågeområde

Frågor som berör en och samma aspekt av verksamheten sammanställs till ett frågeområde. Frågorna grupperas till följande 17 frågeområden.

1. Benägenhet att rapportera händelser (D1, D2, D3).
2. Sammantagen säkerhetsmedvetenhet (A17, A20, A12r, A19r).
3. Självskattad patientsäkerhetsnivå (E1).
4. Antal rapporterade avvikelser (G1).
5. Min närmaste chefs agerande kring patientsäkerhet (B1, B2, B3r, B4r).
6. Lärandeorganisation (A8, A11, A15).
7. Samarbete inom vårdenheten (A3, A5, A6, A13).
8. Öppenhet i kommunikationen (C2, C4, C6r).
9. Återföring och kommunikation kring avvikelser (C1, C3, C5).
10. En icke straff- och skuldbeläggande kultur då misstag görs (A10r, A14r, A18r).
11. Arbetsbelastning och personaltäthet (A4, A7r, A9r, A16r).
12. Högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbete (F1, F8, F9r).
13. Samarbete mellan vårdenheterna (F4, F10, F2r, F6r).
14. Överlämningar och överföringar av patienter och information mellan vårdenheter och mellan arbetspass (F3r, F5r, F7r, F11r).
15. Antal rapporterade risker (G2).
16. Information och stöd till patient/närstående vid negativ händelse (G3, G4, G5, G6).
17. Information och stöd till personal vid negativ händelse (G7, G8).

Frågorna i ett frågeområde är oftast formulerade så att svaren "Stämmer ganska bra" och "Stämmer mycket bra" motsvarar en positiv uppfattning. Värdet för frågeområdet beräknas i dessa fall enligt exempel 1.

Men vissa frågeområden innehåller även frågor som är formulerade så att "Stämmer ganska dåligt" och "Stämmer mycket dåligt" också motsvarar en positiv uppfattning. I ovanstående lista över frågeområden har sådana frågor beteckningen "r", t ex A12r. Värdet för frågeområdet beräknas i dessa fall enligt exempel 2.



## EXEMPEL 1

Frågeområdet "Återföring och kommunikation kring avvikelser" består av frågorna C1, C3 och C5, där svaren "Stämmer ganska bra" och "Stämmer mycket bra" motsvarar en positiv uppfattning.

### C1 Vi får återkoppling om de förändringar som genomförs baserade på avvikelserapporter

	Svarsalternativ	N	%
1	Stämmer mycket dåligt	65	4 %
2	Stämmer ganska dåligt	367	21 %
3	Varken eller	466	27 %
4	Stämmer ganska bra	512	29 %
5	Stämmer mycket bra	125	7 %
-	Ej besvarad	219	12 %
	<b>Totalt antal svar:</b>	<b>1 754</b>	

### C3 Vi informeras om de misstag som görs inom vår vårdenhet

	Svarsalternativ	N	%
1	Stämmer mycket dåligt	85	5 %
2	Stämmer ganska dåligt	435	25 %
3	Varken eller	506	29 %
4	Stämmer ganska bra	399	23 %
5	Stämmer mycket bra	94	5 %
-	Ej besvarad	235	13 %
	<b>Totalt antal svar:</b>	<b>1 754</b>	

### C5 På den här vårdenheten diskuterar vi hur vi ska undvika att fel inträffar igen

	Svarsalternativ	N	%
1	Stämmer mycket dåligt	41	2 %
2	Stämmer ganska dåligt	214	12 %
3	Varken eller	437	25 %
4	Stämmer ganska bra	599	34 %
5	Stämmer mycket bra	227	13 %
-	Ej besvarad	236	13 %
	<b>Totalt antal svar:</b>	<b>1 754</b>	

1. Börja med att summera det totala antalet möjliga svar på de tre frågorna ( $3 \times 1\,754 = 5\,262$  svar).
2. Summera antalet ej besvarade frågor ( $219 + 235 + 236 = 690$ ).
3. Dra ifrån summan ej besvarade frågor från det totala antalet möjliga svar ( $5\,262 - 690 = 4\,572$ ) för att beräkna antalet giltiga svar.
4. Summera antalet svar "Stämmer ganska bra" och "Stämmer mycket bra" på de tre frågorna ( $512 + 125 + 399 + 94 + 599 + 227 = 1\,956$ ).
5. Dividera summan med antalet giltiga svar ( $1\,956 / 4\,572 = 0,43$ ).
6. Multiplicera kvoten med talet hundra ( $0,43 \times 100 = 43\%$ ). På så sätt får man fram värdet för frågeområdet, d v s 43 %.

## EXEMPEL 2

Frågeområdet "Öppenhet i kommunikation" består av frågorna C2 och C4 där svaren "Stämmer ganska bra" och "Stämmer mycket bra" motsvarar en positiv uppfattning. I fråga C6 motsvarar i stället "Stämmer ganska dåligt" och "Stämmer mycket dåligt" en positiv uppfattning.

### C2 Personalen säger, utan att tveka ifrån, om de ser något som kan påverka vården av patienterna negativt

	Svarsalternativ	N	%
1	Stämmer mycket dåligt	18	1 %
2	Stämmer ganska dåligt	97	6 %
3	Varken eller	224	13 %
4	Stämmer ganska bra	957	55 %
5	Stämmer mycket bra	360	21 %
-	Ej besvarad	98	6 %
	<b>Totalt antal svar:</b>	<b>1 754</b>	

### C4 När de med högre status/ställning tar beslut eller utför handlingar vågar personalen ifrågasätta

	Svarsalternativ	N	%
1	Stämmer mycket dåligt	57	3 %
2	Stämmer ganska dåligt	221	13 %
3	Varken eller	369	21 %
4	Stämmer ganska bra	825	47 %
5	Stämmer mycket bra	193	11 %
-	Ej besvarad	89	5 %
	<b>Totalt antal svar:</b>	<b>1 754</b>	

### C6 Personalen är rädd för att ställa frågor när något inte verkar stå rätt till

	Svarsalternativ	N	%
1	Stämmer mycket dåligt	441	25 %
2	Stämmer ganska dåligt	776	44 %
3	Varken eller	273	16 %
4	Stämmer ganska bra	136	8 %
5	Stämmer mycket bra	34	2 %
-	Ej besvarad	94	5 %
	<b>Totalt antal svar:</b>	<b>1 754</b>	

1. Börja med att summera det totala antalet möjliga svar på de tre frågorna ( $3 \times 1\,754 = 5\,262$  svar).
2. Summera antalet ej besvarade frågor ( $98 + 89 + 94 = 281$ ).
3. Dra ifrån summan ej besvarade frågor från det totala antalet möjliga svar ( $5\,262 - 281 = 4\,981$ ) för att beräkna antalet giltiga svar.
4. Summera antalet svar "Stämmer ganska bra" och "Stämmer mycket bra" på frågorna C2 och C4 ( $957 + 360 + 825 + 193 = 2\,335$ ).
5. Summera antalet svar "Stämmer ganska dåligt" och "Stämmer mycket dåligt" på fråga C6 ( $776 + 441 = 1\,217$ ). Ta sedan summorna och addera ihop ( $2\,335 + 1\,217 = 3\,552$ ).
6. Dividera summan med antalet giltiga svar ( $3\,552 / 4\,981 = 0,71$ ).
7. Multiplitera kvoten med talet hundra ( $0,71 \times 100 = 71\%$ ). På så sätt får man fram värdet för frågeområdet, d v s 71 %.

### Sammanställning av öppna svar

Det sista avsnittet i enkäten (I) ger besvararen möjlighet att lämna kommentarer och synpunkter som kan vara av stort värde för förståelse och tolkningen av resultaten samt ge vägledning för lämpliga åtgärder. Kommentarer och synpunkterna bör sammanställas så att de går att härleda till frågeområdena.

### Redovisning av resultat

Redovisning av enkätsvaren kan göras på olika organisatoriska nivåer: t ex vård-enhet, klinik, sjukhus eller motsvarande nivå, yrkesgrupper, anställningstid, kön m.m. För att säkerställa anonymiteten i undersökningen bör resultatet för grupper med färre än tio individer inte särredovisas.

### 3.2.7 Analysera resultat och skriva rapport

Uppdragsgivaren ansvarar för att resultaten blir analyserade och tolkade (se punkt h, 3.1.1). Kommentarer under avsnitt I kan bidra med förklaringar till varför ett eller flera områden i undersökningen fått ett lågt värde. Ibland kan dock en fördjupad analys av orsakerna till ett lågt värde behöva göras, t ex genom fokus-gruppsintervjuer. En analys kan visa på gemensamma förbättringsområden men även på skillnader mellan olika vårdenheter och mellan olika yrkeskategorier.

Resultatet av undersökningen lämnas i en sammanfattande rapport med beskrivning av metod, urval, resultatredovisning, jämförelser och konklusioner. Innehållet ska bygga på framkomna fakta för att kartlägga styrkor och svagheter i patientsäkerhetskulturen och därmed tydliggöra angelägna förbättringsområden. Jämförelser görs mellan vårdenheter, olika yrkeskategorier, etc. Rapporten ska utgöra underlag för ledningen att ta beslut om åtgärder till förbättringar.

### 3.2.8 Återföra resultat

Uppdragsgivaren ansvarar för att resultaten blir analyserade och tolkade (se punkt i, 3.1.1). Först informeras den högsta ledningen om resultaten från undersökningen. Därefter informeras chefläkarna, klinikledningarna eller motsvarande befattningshavare. Återföringen till medarbetarna sker snarast efter att ledningen på olika nivåer har tagit ställning till resultatet och inleds med ett tack till medarbetarna.

Resultaten bör diskuteras och tolkas omsorgsfullt tillsammans med medarbetarna innan beslut fattas om förbättringsåtgärder.

### 3.2.9 Besluta om åtgärder

Uppdragsgivaren ansvarar för att resultaten blir analyserade och tolkade (se punkt j, 3.1.1). Förändringar i patientsäkerhetskulturen sker vanligen långsamt över flera år som en effekt av ett systematiskt och uthålligt arbete. Attityder och förhållningssätt i en organisation förändras i takt med att insikten om riskerna i verksamheten växer. Metoder och arbetssätt för att undvika risker och förebygga negativa händelser kan tränas in och bli det naturliga sättet att genomföra det dagliga arbetet.

Ledares och chefers roller som förebilder i denna kulturförändring kan inte nog understrykas. Ett uttryck för engagemanget och viljan på ledningsnivå är att patientsäkerhetsfrågorna är i fokus på ledningsmöten och utgör kärnan i verksamheternas strategiska utvecklingsplaner. Ett verktyg kan vara "patientsäkerhetsdialog" där högsta ledningen har en dialog med verksamhetsansvariga kring avvikelsestatistik och annan riskinformation, t ex infektionsregistrering och följsamhet till hygienregler, genomförda riskanalyser och systematiska analyser av negativa händelser. Utfall av strukturerad journalgranskning kan också vara en del i dialogen.

Ett sätt att ändra attityder och förhållningssätt är träning i simulatormiljö. Metoden kallas Crew Resource Management och används systematiskt och med framgång i flera hälso- och sjukvårdsorganisationer.

Införandet av patientsäkerhetsronder och metoder som förbättrar kommunikationen mellan vårdpersonal, t ex Situation Bakgrund Aktuell bedömning Rekommendation (SBAR) är exempel på andra åtgärder som kan förbättra patientsäkerhetskulturen.

### 3.2.10 Uppföljning och utvärdering av åtgärdernas effekt

Uppdragsgivaren ansvarar för att följa upp att de beslutade åtgärderna vidtagits och att effekterna av åtgärderna utvärderas (se punkt k, 3.1.1)

Eftersom förändringar av patientsäkerhetskulturen sker långsamt bör mätningar inte ske oftare än vartannat år. När en ny enkätundersökning av patientsäkerhetskulturen planeras, är det viktigt att bibehålla en hög svarsfrekvens. Annars är det svårt att dra slutsatser av eventuella förändringar i resultatet.

# Lästips & Länkar

*Risikanalys & Händelseanalys Handbok för patientsäkerhetsarbete.*

[www.socialstyrelsen.se/Publicerat](http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat)

*Strukturerad journalgranskning för att identifiera förekomst av skador i vården enligt metoden Global Trigger Tool. Kommentus förlag.*

## ANVÄNDBARA LÄNKAR

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). USA.

<http://www.ahrq.gov>

Dansk selskab for patientsikkerhed. Danmark.

<http://www.patientsikkerhed.dk>

Dansk patientsikkerheds databas. Danmark.

<http://www.dpsd.dk>

Department of Veterans Affairs National Center for Patient Safety (VA NCPS). USA.

<http://www.patientsafety.gov>

Institute for Healthcare improvement (IHI). USA.

<http://www.ihl.org>

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). USA.

<http://www.jcaho.com>

Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF)

<http://www.patientforsakring.se>

National Patient Safety Agency (NPSA). England.

<http://www.npsa.nhs.uk>

National Patient Safety Foundation (NPSF). USA.

<http://www.npsf.org>

Socialstyrelsens publikationer

<http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet>

Sveriges Kommuner och Landsting

<http://www.skl.se> eller <http://www.patientsakerhet.nu>

Qulturum Landstinget i Jönköping:  
<http://www.qulturum.com>

Landstinget i Östergötland  
<http://www.lio.se/patientsakerhet>

## LAGAR & FÖRESKRIFTER

Hälso- och Sjukvårdslagen, SSF 1982:763

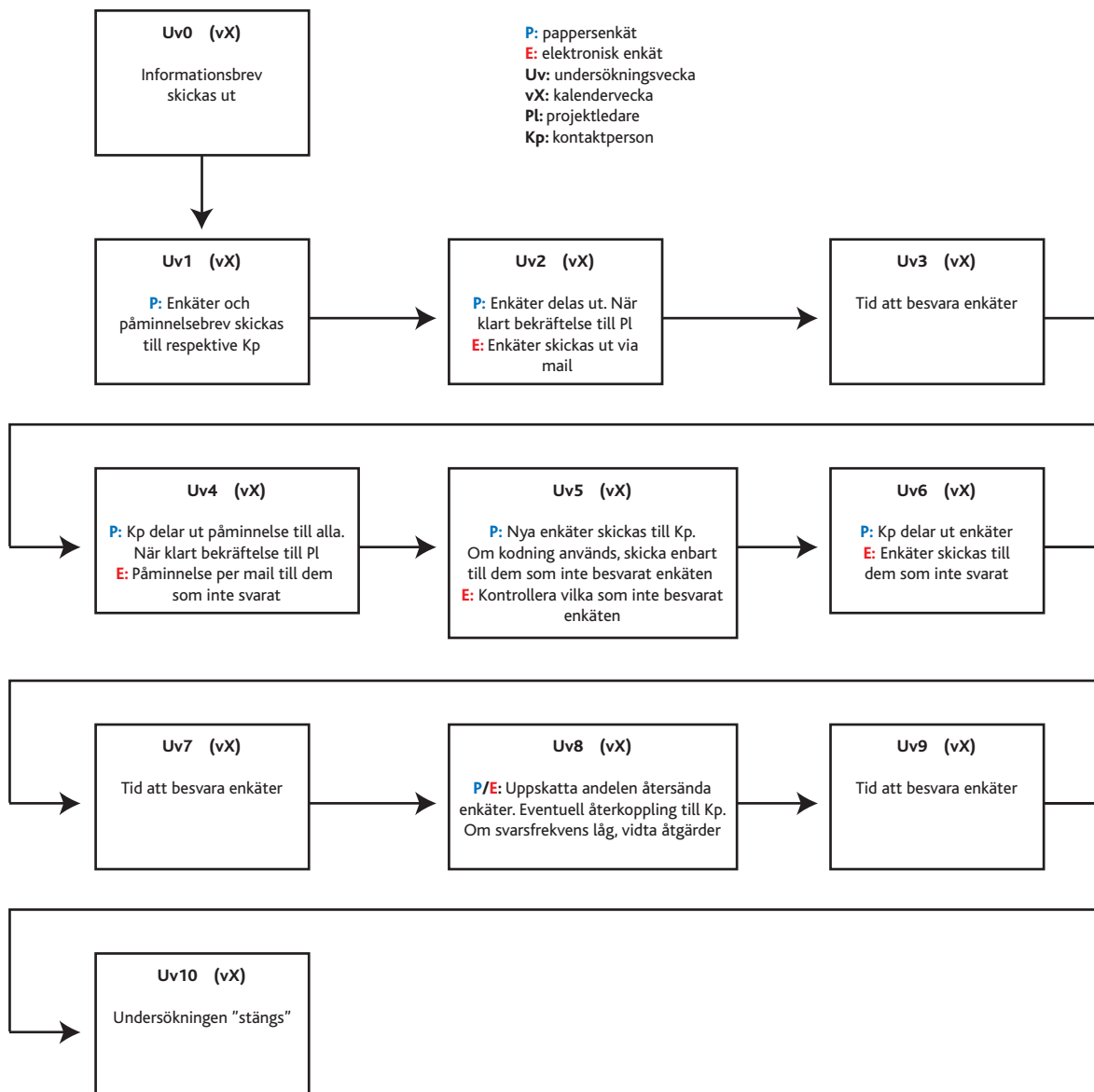
Tandvårdslagen SSF 1985:125

Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, SFS 1998:531

Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, SOSFS 2005:12 Stockholm 2005.

# 4 Bilagor

## Bilaga 1: Flödesschema för enkäthantering



# Bilaga 3:

## Informationsbrev

### Mall för informationsbrev

Till medarbetare på X

XX-XX-XX

### Mätning av patientsäkerhetskulturen

NN har beslutat att mäta patientsäkerhetskulturen, dvs. medarbetarnas uppfattning i frågor som rör patientsäkerheten. Därför kommer du att inom 1-2 veckor få en enkät sänd till dig.

*Infoga en kort beskrivning av syftet med undersökningen*

Dina svar är viktiga för att få tillförlitliga och användbara resultat som underlag för åtgärder som kan förbättra patientsäkerheten och kvaliteten i vården. Kom ihåg att dina svar inte kan ersättas av någon annans.

De uppgifter du lämnar hanteras konfidentiellt. Endast utsedd enkätansvarig kontaktperson hanterar de ifyllda enkäterna. Resultaten redovisas i form av tabeller och diagram, där ingen enskild persons svar kan utläsas. Enkäten tar 15-20 minuter att besvara.

*Infoga eventuellt information om koder*

När du har besvarat enkäten skickas den till utsedd enkätansvarig kontaktperson. X veckor efter att undersökningen är avslutad får din arbetsplats tillbaka resultaten.

*Infoga eventuellt beskrivning av plan för hur man ska föra dialog kring resultaten*

Har du några frågor rörande enkäten eller undersökningen i övrigt, kontakta ansvarig kontaktperson som finns utsedd.

Kontaktperson .....

Namn .....

Arbetsplats.....

Tel: .....

Mobil: .....

E-mail: .....

**Tack för din medverkan!**

.....  
Namn Uppdragsgivare



# Bilaga 4: Följebrev

## Mall för följebrev till enkät

Till medarbetare på X

XX-XX-XX

### Mätning av patientsäkerhetskulturen

NN har beslutat att mäta patientsäkerhetskulturen, dvs. medarbetarnas uppfattning i frågor som rör patientsäkerheten. Därför får du en enkät sänd till dig.

*Infoga en kort beskrivning av syftet med undersökningen*

Dina svar är viktiga för att få tillförlitliga och användbara resultat som underlag för åtgärder som kan förbättra patientsäkerheten och kvaliteten i vården. Kom ihåg att dina svar inte kan ersättas av någon annans.

De uppgifter du lämnar hanteras konfidentiellt. Endast utsedd enkätansvarig kontaktperson hanterar de ifyllda enkäterna. Resultaten redovisas i form av tabeller och diagram, där ingen enskild persons svar kan utläsas. Enkäten tar 15-20 minuter att besvara.

*Infoga information om sista svarsdatum för enkäten*

*Infoga eventuellt information om koder*

När du har besvarat enkäten skickas den till utsedd enkätansvarig kontaktperson. X veckor efter att undersökningen är avslutad får din arbetsplats tillbaka resultaten.

*Infoga eventuellt beskrivning av plan för hur man ska föra dialog kring resultaten*

Har du några frågor rörande enkäten eller undersökningen i övrigt, kontakta ansvarig kontaktperson som finns utsedd.

Kontaktperson .....

Namn .....

Arbetsplats .....

Tel: .....

Mobil: .....

E-mail: .....

**Tack för din medverkan!**

.....  
Namn Uppdragsgivare

# Bilaga 5:

## Mall för påminnelsebrev

Tack för din medverkan!

Hej!

För en tid sedan fick du en enkät om patientsäkerhetskulturen på din vårdenhets.

Vi vill bara passa på och tacka för att du tog dig tid att besvara enkäten!

För det har du väl gjort?

Om inte ber vi dig att fylla i och skicka in enkäten så snart som möjligt. Om du inte vill eller kan delta i undersökningen vore vi tacksamma om du hörde av till oss!

Har du frågor, kontakta oss gärna:

Namn .....

Tel.....

E-post .....

Med vänlig hälsning

Uppdragsgivare

# Bilaga 6:

## Att hantera personuppgifter (PUL)

### Personuppgiftslagen

Så fort som personuppgifter är ordnade och sammanställda så att man enkelt kan söka dem i ett register eller en databas gäller reglerna i Personuppgiftslagen (1998:204) (PUL).

För att kunna utföra vissa arbetsuppgifter är det inte ovanligt att personuppgifter behandlas. Det gäller framförallt inom hälso- och sjukvårdsområdet. Begreppet ”behandla” är brett, det omfattar insamling, registrering, lagring, bearbetning, spridning, utplåning, med mera. För att behandlingen ska göras på rätt sätt och skydda den personliga integriteten finns PUL.

PUL trädde i kraft 1998 och bygger på gemensamma regler som har beslutats inom EU, det så kallade dataskyddsdirektivet. Övriga EU-länder har alltså liknande skyddslagar vilket underlättar flödet av information inom unionen. Lagen gäller för behandling av personuppgifter i hela samhället – för verksamhet som bedrivs av såväl myndigheter som enskilda.

### Tillämpning av lagen

PUL gäller när behandlingen av personuppgifter är helt eller delvis automatiserad. Enkelt uttryckt innebär det att all behandling av personuppgifter som sker genom någon form av databehandling omfattas av lagens regler.

Lagen gäller även för annan behandling av personuppgifter. Till exempel om uppgifterna ingår i en strukturerad samling av personuppgifter som är tillgängliga för sökning. PUL gäller alltså även om behandlingen sker manuellt.

Lagen gäller inte för behandling av personuppgifter som en fysisk person utför i en privat verksamhet. Personuppgifter som behandlas i ett ostrukturerat material, till exempel i löpande text, får utföras under förutsättning att den registrerades personliga integritet inte kränks.

Med behandling avses allt man gör med personuppgifter, oavsett om det sker genom databehandling eller inte. Som exempel på databehandling kan nämnas: insamling, registrering, lagring, bearbetning, sammanställning, samkörning och utlämnande genom översändande, spridning eller annat tillhandahållande av uppgifter.

### Grundläggande krav på behandling

Det måste finnas ett tydligt syfte och mål när personuppgifter ska samlas in. De insamlade uppgifterna får inte användas för något annat syfte än det som de ursprungligen samlades in för.

Den personuppgiftsansvarige, den myndighet eller person som bestämmer ändamålen med och medlen för behandlingen av personuppgifter, ska bland annat se till att personuppgifter:

- bara behandlas om det är lagligt
- behandlas på ett korrekt sätt och i enlighet med god sed
- bara samlas in för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål
- inte behandlas för något ändamål som är oförenligt med det för vilket uppgifterna samlades in
- som behandlas är adekvata och relevanta i förhållande till ändamålen med behandlingen
- bara behandlas om det behövs med hänsyn till ändamålen med behandlingen
- som behandlas är riktiga och, om det är nödvändigt, aktuella
- rättas, blockeras eller utplånas om de är felaktiga eller ofullständiga med hänsyn till ändamålen med behandlingen
- inte bevaras under en längre tid än vad som är nödvändigt

### **Tillåten behandling**

Personuppgifter får behandlas bara om den registrerade har lämnat sitt samtycke till behandlingen eller om behandlingen är nödvändig för att:

- ett avtal med den registrerade ska kunna fullgöras eller åtgärder som den registrerade begärt ska kunna vidtas innan ett avtal träffas
- den personuppgiftsansvarige ska kunna fullgöra en rättslig skyldighet.
- vitala intressen för den registrerade ska kunna skyddas
- en arbetsuppgift av allmänt intresse ska kunna utföras
- den personuppgiftsansvarige eller en tredje man till vilken personuppgifter lämnas ut ska kunna utföra en arbetsuppgift i samband med myndighetsutövning
- ett ändamål som rör ett berättigat intresse hos den personuppgiftsansvarige eller hos en sådan tredje man som personuppgifterna lämnas ut till ska kunna tillgodoses, om detta intresse väger tyngre än den registrerades intresse av skydd mot kränkning av den personliga integriteten

### **Känsliga personuppgifter**

Det är förbjudet att behandla personuppgifter som avslöjar ras eller etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse samt medlemskap i fackförening. Det är också förbjudet att behandla sådana personuppgifter som rör hälsa eller sexualliv.

Förbudet gäller inte:

- om den registrerade gett sitt uttryckliga samtycke och på ett tydligt sätt offentliggjort uppgifterna
- om behandlingen är nödvändig för att den personuppgiftsansvarige ska kunna fullgöra skyldigheter eller utöva sina rättigheter inom arbetsrätten, för att skydda vitala intressen hos den registrerade eller någon annan och den registrerade inte kan lämna sitt samtycke, eller för att rättsliga anspråk ska kunna fastställas, göras gällande eller försvaras
- vid behandling inom ideella organisationer

- inom hälso- och sjukvården, om det är nödvändigt för förebyggande hälso- och sjukvård, medicinska diagnoser, vård eller behandling eller administration av hälso- och sjukvård.

Givetvis ska de grundläggande och allmänna kraven vara uppfyllda vid all behandling av personuppgifter.

### **Forskning och statistik**

Känsliga personuppgifter får behandlas utan den registrerades samtycke för forskningsändamål samt för statistikändamål. För forskning krävs att behandlingen har godkänts av en etikprövningsnämnd. För statistik krävs att behandlingen är nödvändig och att samhällsintresset av projektet klart väger över riskerna för otillbörligt intrång i den personliga integriteten.

### **Personnummer**

Personnummer (och samordningsnummer) får behandlas om den registrerade ger sitt samtycke. Finns det inget samtycke får uppgifter om personnummer bara behandlas när det är klart motiverat med hänsyn till:

- ändamålet med behandlingen,
- vikten av en säker identifiering eller
- något annat beaktansvärt skäl

### **Säkerhetsåtgärder**

Informationssäkerhet är en viktig del av skyddet för den personliga integriteten. Enligt PUL ska den personuppgiftsansvarige se till att personuppgifter som behandlas i verksamheten skyddas genom tekniska och organisatoriska åtgärder.

Nivån på säkerheten ska anpassas till:

- vilka integritetsrisker behandlingen medför,
- hur känsliga de behandlade personuppgifterna är,
- vilka tekniska möjligheter som finns och
- vad det kostar att genomföra åtgärderna

Anlitas ett personuppgiftsbiträde ska den personuppgiftsansvarige förvissa sig om att biträdet kan genomföra nödvändiga säkerhetsåtgärder och verkligen se till att biträdet vidtar åtgärderna.

### **Information till den registrerade**

En person, vars uppgifter registrerats, ska informeras om hur uppgifterna behandlas. Det gäller också om uppgifterna hämtats från en annan källa och registrerats.

Information behöver inte lämnas, om det finns bestämmelser om registrering eller utlämnande av personuppgifterna i en lag eller någon annan författning. Information behöver aldrig lämnas om sådant som den registrerade redan känner till. Information behöver inte heller lämnas om det visar sig vara omöjligt eller skulle innebära en oproportionerligt stor arbetsinsats. Information ska dock lämnas om uppgifterna används för att vidta åtgärder som rör den registrerade.

Informationsskyldigheten kan begränsas av regler om sekretess och tystnadsplikt.

Sekretess om en persons hälsotillstånd gäller till exempel också i förhållande till honom eller henne själv om det är av synnerlig vikt att uppgiften inte lämnas ut.

Informationen ska innehålla uppgifter om den personuppgiftsansvariges identitet, ändamålen med den behandling för vilka uppgifterna är avsedda och all ytterligare information som är nödvändig för att den registrerade ska kunna ta till vara sina rättigheter.

### Skadestånd och straff

Om personuppgifter har behandlats i strid med PUL och detta har lett till skada eller kränkning av den personliga integriteten ska den personuppgiftsansvarige ersätta den registrerade. Den registrerade har inte bara rätt till ersättning för sakskada, personskada och ren förmögenhetsskada, utan kan även få kompensation för själva kränkningen.

I personuppgiftslagen finns bestämmelser om straff för den som bryter mot vissa av lagens bestämmelser. För att brottet ska vara straffbart krävs uppsåt eller oaktsamhet.

### Roller kring ett personregister

Tillsynsmyndighet	Datainspektionen (DI) ansvarar enligt sin instruktion för att öva tillsyn över att PUL efterlevs i samhället.
Personuppgiftsansvarig	Styrelsen i ett bolag eller en nämnd inom SLL är personuppgiftsansvarig.
Personuppgiftsombud PuO	Myndighet/bolag inom SLL kan utse personuppgiftsombud (PuO), med uppgiften att tillse att den personuppgiftsansvarige behandlar personuppgifter på ett korrekt sätt, genom bl a tillsyn och utbildning och genom att föra en förteckning över alla verksamhetens personregister. PuO ska ha en självständig ställning och kunna rapportera sina iakttagelser till den personuppgiftsansvarige. PuOs yttersta åtgärd är att anmäla lagstridiga behandlingar till DI.
Förvaltningschef/ VD	Ansvarar för att det utses informationsägare till var och en av de personregister och andra informationsmängder som finns inom verksamheten.
Informationsägare/ registeransvarig	Alla register ska ha en informationsägare (i PUH kallad registeransvarig) som ser till att alla lagar, policys och riktlinjer följs. Förutom att vara ansvarig för informations säkerheten, ska den registeransvarige också se till att användningen av registret inte avviker från det som angivits i anmälan.
Kontaktperson	Det är kontaktpersonen som svara för kontakterna med personuppgiftsombudet när det gäller registret och rapporteringen i PUH.

# Bilaga 7:

## Beställning av enkät, handbok samt enkäthantering och databearbetning

Enkät och handboken kan beställas skriftligen från Socialstyrelsens beställningsservice, 120 88 Stockholm  
Fax 08-77 99 66, e-post [socialstyrelsen@strd.se](mailto:socialstyrelsen@strd.se)  
Webbutik: [www.socialstyrelsen.se/Publicerat](http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat)

Ett licensavtal har tecknats mellan Blekinge landsting, Stockholms läns landsting, Landstinget Sörmland, Landstinget i Värmland, Landstinget Västmanland, Landstinget i Östergötland och Institutet för kvalitetsindikatorer (Indikator) och avtalet gör det möjligt att anlita Indikator för enkäthantering, bearbetning, resultatsammanställningen samt utrymme i databas. Avtalet gör det möjligt för andra landsting samt enskilda organisationer att teckna liknande avtal.

Institutet för kvalitetsindikatorer (Indikator) kontaktas via tel 0200-58 59 60 eller e-post [Info@indikator.org](mailto:Info@indikator.org)

